

## សេចក្តីសង្ខេបបញ្ចប់នៃការប្រជុំវាយតម្លៃ

### Assessment Meeting Wrap-up

| ព័ត៌មានអតិថិជន  |             |
|---|-------------|
| ឈ្មោះអតិថិជន  | លេខ DDD     |
| ការបញ្ចប់   |             |
| <p>សូមគូសបញ្ជាក់ក្នុងប្រអប់សមរម្យនានាខាងក្រោមនេះ។ ផែនការនេះនឹងមិនអាចបិទបញ្ចប់បានទេ រហូតទាល់តែអតិថិជន/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់បានគូសបញ្ជាក់លើកម្មវត្ថុនីមួយៗ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។ បើគេគូសបញ្ជាក់លើចម្លើយ “ទេ” នោះ នាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង/ធនធានរបស់អ្នកនឹងបន្តធ្វើការជាមួយអ្នកតទៅទៀត ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាកង្វល់នានារបស់អ្នក។</p> <p><b>បាទ/ចា៖ ទេ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានអំពីសេវាជំនួយសង្គ្រោះ និងអ្នកផ្តល់ការបំរើមានលក្ខណសម្បត្តិសំរាប់សេវាទាំងឡាយដែលខ្ញុំត្រូវការ ដើម្បីបញ្ចប់ផែនការ ។</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានជំងឺសំរាប់អ្នកផ្តល់ការបំរើមានលក្ខណសម្បត្តិដើម្បីឲ្យរួមតាមសេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ខ្ញុំ ។</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> បើសិនជាអ្នកផ្តល់ការបំរើបច្ចុប្បន្នណាមួយមិនមានជាទីពេញចិត្តរបស់ខ្ញុំទេ ខ្ញុំមានលទ្ធភាពធ្វើផែនការឲ្យរួមតាមសេចក្តីត្រូវ ការរបស់ខ្ញុំ ដោយការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់ការបំរើមួយផ្សេងទៀត ឬក្នុងរបៀបផ្សេងទៀត ។</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> សេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ខ្ញុំ ក៏កំពុងត្រូវបានរួមតាមនាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ ឬក៏មានផែនការគ្រប់គ្រាន់ មួយកំពុងកើតឡើងដើម្បីឲ្យរួមតាមសេចក្តីត្រូវការទាន់ពេលវេលាត្រឹមត្រូវ ។</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> បញ្ហា ឬការកង្វល់ផ្សេងៗដែលខ្ញុំបានលើកឡើងទាក់ទងនឹងផែនការថែទាំនេះត្រូវបាន/កំពុងត្រូវបានដោះស្រាយ ។</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចស្នើសុំធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនៃផែនការនាពេលណាក៏បានដែរ ។</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំសំរាប់ធ្វើខ្លួនឯងលើសេចក្តីសំរេចធ្វើឡើងដោយនាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៍ពិការភាពត្រូវបានពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំ ។</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> នីតិវិធីសំរាប់ធ្វើខ្លួនឯងត្រូវបានពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំ ។</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> សារៈសំខាន់នៃការពិនិត្យរវាងកាយប្រចាំឆ្នាំត្រូវបានពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំបានបដិសេធការពិនិត្យនោះ ។ (បំពេញតែពេលណា បើអតិថិជនបដិសេធ) ។</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> សារៈសំខាន់នៃការពិនិត្យធូញប្រចាំឆ្នាំត្រូវបានពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំបានបដិសេធការពិនិត្យនោះ ។ (បំពេញតែពេលណា បើអតិថិជនបដិសេធ) ។</li> </ul> |             |
| ហត្ថលេខាអតិថិជន   | កាលបរិច្ឆេទ |
| ហត្ថលេខាអ្នកតំណាងស្របច្បាប់   | កាលបរិច្ឆេទ |

Home and Community Based Services (HCBS) Waiver

**ទម្រង់ការចូលរួមដោយស្ម័គ្រចិត្ត  
Voluntary Participation Form**

គោរដៅនៃទម្រង់នេះគឺដើម្បីឲ្យប្រាកដថា អ្នកបានទទួលការផ្តល់ជូនព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ស្តីអំពីសេវានៃកិច្ចអនុគ្រោះ HCBS (HCBS Waiver) ហើយបានទទួលការផ្តល់ជម្រើសក្នុងទទួលសេវានៅក្នុងសហគមន៍។ ដើម្បីទទួលបានលក្ខណសម្បត្តិ សំរាប់កម្មវិធីនៃកិច្ចអនុគ្រោះនេះ, នៅ: DDD ត្រូវតែប្រាកដថា អ្នកបានយល់ព្រមទទួលសេវាផ្នែកលើមូលដ្ឋានគេហដ្ឋាន និងសហគមន៍ប្រចាំឆ្នាំ។

សូមពិនិត្យមើលសេចក្តីថ្លែងការណ៍នានាខាងក្រោម រួចហើយចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើសេចក្តីថ្លែងការណ៍មួយ ដែលឆ្លុះបញ្ចាំងជម្រើសរបស់អ្នកជាងគេបំផុត។

|   |             |
|---|-------------|
| <p><b>តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ, ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានទទួលការផ្តល់ព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ស្តីអំពីមធ្យោបាយទី១ និងជម្រើសរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលសេវាក្នុងសហគមន៍ ក្រោមកិច្ចអនុគ្រោះនៃសេវាផ្នែកលើមូលដ្ឋានគេហដ្ឋាននិងសហគមន៍ (Home and Community Based Services Waiver)។</b></p> |             |
| ហត្ថលេខាអតិថិជន   | កាលបរិច្ឆេទ |
| ហត្ថលេខាអ្នកតំណាងស្របច្បាប់   | កាលបរិច្ឆេទ |
| ឬ   |             |
| <p><b>តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ, ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានទទួលការផ្តល់ព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ស្តីអំពីមធ្យោបាយទី១ និងជម្រើសរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលសេវាស្ថាប័ន (institutional services) ក្នុងកម្មវិធី ICF/MR ។</b></p>  |             |
| ហត្ថលេខាអតិថិជន   | កាលបរិច្ឆេទ |
| ហត្ថលេខាអ្នកតំណាងស្របច្បាប់   | កាលបរិច្ឆេទ |